



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

« LA MEDECINE MINIERE : UN EXEMPLE A SUIVRE ? »

– Groupe n° 17 –

- Christophe BLANCHARD
- Hubert COLLE
- Catherine DELAITRE
- Stéphanie HUE
- Céline KARASZEK
- Marie-Paule KASTEL
- François-René KNOCKAERT
- Dominique MARTIN-GARNIER
- Murielle NAUCHE
- Katia SEWASTIANOW
- Emmanuel WITTMANN

Animateur :

Jean-Dominique TORTUYAUX



Sommaire



FICHE METHODOLOGIQUE

INTRODUCTION - 1 -

1. UN SYSTEME DE PRISE EN CHARGE MEDICALE PROGRESSIVEMENT ADAPTE A UNE POPULATION CIBLE - 3 -

1.1 LA STRUCTURE ET LES ATOUTS DE LA MEDECINE MINIERE.....- 3 -

1.1.1. *Les caractéristiques propres au régime minier*..... - 4 -

1.1.2. *Une médecine de proximité : un véritable atout*..... - 5 -

1.1.3. *Une réelle réponse aux besoins sanitaires et sociaux de la population*..... - 6 -

1.1.4. *Des conditions de travail et un mode de rémunération attractifs pour les médecins*..... - 7 -

1.2 CONFRONTEE A DES EVOLUTIONS ET DES ENJEUX NOUVEAUX, LA MEDECINE MINIERE DOIT SE REFORMER.....- 8 -

1.2.1 *Des évolutions démographiques et financières* - 8 -

1.2.2 *La réelle prise en compte des enjeux nouveaux : un défi pour l'avenir*..... - 11 -

2. PERENNISER LES AVANTAGES DE LA MEDECINE MINIERE : PISTES DE REFLEXION.- 12 -

2.1 SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL..... - 12 -

2.1.1 *Du centre de santé vers la maison médicale : une réponse adaptée à l'offre de soins pour une population élargie*..... - 13 -

2.1.2 *Vers un véritable développement des soins et aides à domicile*..... - 14 -

2.1.3 *L'avenir des établissements sanitaires et sociaux*..... - 15 -

2.1.4 *L'avenir des pharmacies minières*..... - 16 -

2.1.5 *Valoriser l'attractivité pour les professionnels de santé de la médecine minière*..... - 16 -

2.1.6 *La démarche qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)*..... - 17 -

2.1.7 *L'ouverture à la population : améliorer l'image de la médecine minière dans l'opinion publique*..... - 17 -

2.1.8 *Extension du dossier médical personnel (DMP)* - 18 -

2.1.9 *Les rôles entre assureur et offreur de soins, assumés à ce jour par le seul régime minier, doivent être clarifiés.* - 18 -

2.2 SUR LE PLAN FINANCIER..... - 19 -

2.2.1 *Les différentes sources de financement doivent être mieux mobilisées par les centres de santé*...- 19 -

2.2.2 *La pérennisation du système minier passe par une meilleure valorisation de l'activité et une politique salariale renouvelée*..... - 20 -

CONCLUSION - 23 -

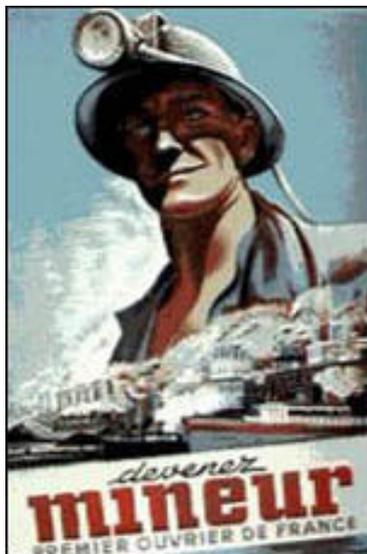
BIBLIOGRAPHIE..... - 24 -

DOCUMENTS ANNEXES JOINT UNIQUEMENT AU RAPPORTEUR DU GROUPE

Remerciements

Le groupe remercie Monsieur AUROUSSEAU, Président du Conseil d'administration de la CAN et Monsieur RANCE, Directeur Général de la CAN, pour leur accueil et leur disponibilité et Monsieur Jean Dominique TORTUYAUX sans lequel cette étude n'aurait pas été possible. Sa disponibilité, ses conseils et son sens de l'organisation ont permis au groupe de découvrir l'univers complexe du régime minier.

Nous remercions également tous ceux qui ont accepté de nous recevoir pour nous parler, avec franchise et conviction de leur métier et de leur vision de l'avenir de la médecine minière. Au-delà de leur intérêt immédiat pour notre mémoire, ces différents échanges ont permis de comprendre un milieu jusque là inconnu et de nous ouvrir de nouvelles pistes de réflexion.



Affiche publicitaire

(Source : les cevennes.free.fr)



Les célèbres « Gueules noires » au fond de la mine



*Avec le marteau-piqueur, un meilleur rendement d'extraction,
mais hélas du bruit et surtout trop de poussière et la silicose du mineur...*



Scène du film « Germinal » de Claude Berri, 1993, d'après le roman d'Emile Zola

Liste des sigles utilisés

A

ANHAC *Association Hospitalière Nord Arthois
Clinique*
ARH *Agence Régionale d'Hospitalisation*
ARTT *Aménagement et réduction du temps de travail*

C

CCAM *Classification Commune des Actes Médicaux*
CPA.M *Caisse Primaire d'Assurance Maladie*
CAN *Caisse Autonome Nationale*
CARMi *Caisse Régionale Minière*
CDC *Caisse de Dépôts et Consignations*
CNAM *Caisse Nationale d'Assurance Maladie*
COG *Convention d'Objectifs et de Gestion*
CPG *Contrats Pluriannuels de Gestion*

D

DMP *Dossier Médical Personnel*

E

EPP *Evaluation des Pratiques Professionnelles*

H

HAS *Haute Autorité de Santé*

O

ORL *Oto Rhino Laryngologie*

P

PSPH *Participant au Service Public Hospitalier*
PMI *Protection Maternelle et Infantile*

S

SROS *Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire*
SSIAD *Services de Soins Infirmiers à Domicile*
SSM *Société de secours minière*

U

URSSM *Union Régionale des Sociétés de Secours
Minières*

Fiche méthodologique

1°) Constitution du groupe

Le groupe de travail se compose de 11 stagiaires répartis dans 5 filières de formation :

- 4 directeurs d'établissement sanitaire et social
- 2 directeurs d'hôpital,
- 2 directeurs des soins,
- 2 inspecteurs des affaires sanitaires et sociales,
- 1 médecin inspecteur de santé publique.

Concernant la constitution de ce groupe, deux aspects positifs sont à souligner :

- tout d'abord, la réelle diversité des professions et par conséquent des expériences à partager au sein du groupe, renforcée par la transférabilité des apports du module tous champs d'exercices confondus ;
- ensuite, une majorité des membres du groupe ont choisi le thème de la médecine minière parce qu'ils s'y sont reconnus dans une dimension professionnelle ou personnelle, ce qui renforce l'intérêt collectif et favorise une excellente dynamique de groupe.

2°) Méthodologie de travail

La première journée a été consacrée à la présentation du thème par M. TORTUYAUX, animateur responsable de la session. A l'issue de cette journée, à partir de l'énoncé de la problématique, le groupe a construit un plan de travail et opté pour la méthodologie suivante :

Temps 1 : recueil d'informations

Répartition en trois sous-groupes pluridisciplinaires chargés d'enquêter et de collecter des informations sur les trois sites considérés comme incontournables pour appréhender la médecine minière :

- Paris, au siège de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (CAN), et au Ministère de la Santé et des Solidarités ;

- Le Nord Pas De Calais, auprès de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), de professionnels (administratifs, médicaux, soignants, et responsables syndicaux) dans les structures de la CAisse Régionale des MInes [CARMI, regroupement des ex Sociétés de Secours Minier (SSM)] ;
- La Moselle et le Haut Rhin, démarche identique à celle du Nord Pas-de-Calais.

Temps 2 : rédaction du rapport

A partir de la mise en commun des comptes rendus d'entretiens, des synthèses d'éditions, des rapports officiels, et d'études bibliographiques, quatre sous-groupes ont été constitués. Chaque sous-groupe comprenait un représentant de chaque site d'enquête, de manière à permettre le croisement des informations recueillies. Cette première phase de rédaction a été suivie d'une mise en commun avec relectures collégiales.

Tout au long du module, en particulier lors de la phase d'enquête, la communication et les échanges d'informations ont été renforcés grâce à l'utilisation de la messagerie internet.

3°) Autres commentaires

D'un point de vue matériel, nous avons élaboré collectivement un état prévisionnel des frais de déplacements nécessaires aux enquêtes, remis par le référent au responsable du module. Ces prévisions s'inscrivaient dans le cadre de l'enveloppe allouée et ont permis à chaque participant de remettre en fin de module des états de dépenses réelles équitablement répartis.

Nous avons particulièrement apprécié :

- La possibilité de réaliser la totalité des entretiens dans la première semaine du module permettant ainsi de consacrer exclusivement la deuxième semaine à la rédaction du rapport.
- L'origine géographique des participants au module coïncidant avec les lieux d'enquête (Nord, Est, Paris), ce qui a permis à l'ensemble du groupe de participer aux entretiens.
- La disponibilité de l'ensemble des interlocuteurs rencontrés, la qualité de leur accueil et l'abondance des informations et ressources documentaires fournies.
- La richesse de nos échanges à travers ce travail collectif, réalisé dans une ambiance à la fois studieuse et conviviale.

Introduction

Le régime de sécurité sociale dans les mines est un régime spécial organisé, au lendemain de la Libération, par le décret du 27 novembre 1946 et fait suite aux divers efforts mutualistes développés dès la première moitié du 19^{ème} siècle. Il couvre l'ensemble des risques sociaux à l'exception des prestations familiales dont la gestion est assurée depuis 1997 par les caisses d'allocations familiales et l'assurance vieillesse gérée par la Caisse des Dépôts depuis 2003

L'autonomie du régime trouve sa justification dans ses réalisations sanitaires et sociales adaptées aux besoins et mode de vie du groupe professionnel pour lequel elles ont été instituées. Ainsi, il offre à ses affiliés une gamme complète de services médicaux qui forment un réseau sanitaire intégré dispensant une médecine de caisse gratuite. La population assurée s'étend à l'ensemble des travailleurs d'un secteur d'activité qui comporte des entreprises publiques et privées titulaires de concessions d'exploitation minière.

Fondamentalement, la particularité de ce régime était de faire reposer les prestations sur une offre de soins gratuite et exclusive, le mineur ne bénéficiant pas de la liberté de choix.

Mais le régime est confronté à des évolutions défavorables : la population concernée connaît une double récession démographique. De 1950 à 1995, le nombre des salariés en activité qui lui sont affiliés est passé de 400 000 à environ 30 000. De 1951 à 1986, le nombre des pensionnés du régime minier est passé de 253 000 à 438 000. De 1987 à 1995, il a été ramené à 417 000. En 2000, le régime compte 20 935 actifs, 293 000 assurés pour le risque vieillesse et 398 650 pensionnés en vieillesse. Cette décrue du nombre d'affiliés (5 % par an en moyenne jusqu'à 7% selon les régions) s'est poursuivie et se poursuivra dans les prochaines années à un rythme encore un peu plus élevé.

Cette baisse régulière du nombre d'affiliés liée au vieillissement de la population a déjà conduit le régime minier à se reformer. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2005, le recouvrement de la totalité des cotisations et la gestion de l'assurance vieillesse ont été confiées à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC) pour le compte de la caisse nationale du régime.

Mais c'est également la pérennité de ses réalisations sanitaires et sociales qui est menacée par un risque de sous-utilisation de l'offre de soins. Le système a donc été amené à s'ouvrir avec le décret du 2 novembre 2004 à l'ensemble de la population alors que la liberté de choix a été accordée au mineur tout en préservant une prise en charge à 100%.

Mais le régime de la médecine minière apparaît plus que jamais confronté à de véritables enjeux de santé publique.

Comme l'avait souligné la Cour des comptes en 1997, le sort de son appareil de soins est la priorité des prochaines années. Des blocages et des difficultés subsistent aujourd'hui. Le régime minier devra les surmonter s'il veut incarner l'exemple d'une nouvelle forme d'organisation des soins conciliant, dans des conditions de gestion améliorées, maîtrise réelle des dépenses de santé et prise en charge thérapeutique de qualité. En résumé serait-on tenté d'écrire, « *La médecine minière, un exemple à suivre ?* » : *oui, à condition qu'elle redevienne exemplaire*¹.

Chacun des acteurs doit accepter de tourner, aujourd'hui, quelques pages de la longue histoire du régime minier pour en préserver sa spécificité tout en l'adaptant aux enjeux nouveaux. Ainsi, les adaptations tant sur le plan organisationnel que financier (II) permettront de garantir la survie d'un système de prise en charge médicale qui s'est progressivement construit pour s'adapter à la population dont il avait la charge (I).

¹ Entretien Président de la CAN le 09/05/07

1. UN SYSTEME DE PRISE EN CHARGE MEDICALE PROGRESSIVEMENT ADAPTE A UNE POPULATION CIBLE

Les prémices d'une législation sociale minière remontent à Henri IV, qui par son édit du 14 mai 1604, impose à toutes les mines un prélèvement de un trentième de leurs produits « pour que les pauvres blessés soient secourus gratuitement ». En 1813, Napoléon exige des exploitants de fournir, à leurs frais, les médicaments, de payer les moyens de secours et les chirurgiens.

Le métier de mineur devenant de plus en plus pénible, avec le développement des mines souterraines au 19^{ème} siècle, il est demandé aux exploitants de mettre en place de véritables caisses de secours destinées aux mineurs et à leurs familles. De très nombreuses inégalités sont constatées d'une mine à l'autre.

C'est ainsi que la loi du 29 juin 1894 institue un véritable régime de prévoyance sociale obligatoire en faveur des « travailleurs de sous-sol ». Après la Libération, la reconstruction du pays a grand besoin de charbon et d'acier. Le 27 novembre 1946, le régime minier actuel est créé. Cette année sera également celle de toutes les avancées sociales pour la profession.

En décembre 1990, la dernière mine en exploitation dans le bassin du Nord Pas de Calais cesse son activité. En février 2003, c'est le tour de Meyreuil, près de Gardanne (Bouches du Rhône) pour le bassin du Centre et du Midi. Le 23 avril 2004, les mineurs de la Houve, près de Creutzwald (Moselle), ont symboliquement remonté le dernier bloc de charbon extrait du sol français.

1.1 La structure et les atouts de la médecine minière

L'offre de soin du régime minier est vaste, globale et diversifiée. Elle comporte les trois degrés de médecine : premier degré (médecine généraliste, soins dentaires, pharmacie, optique, soins infirmiers, kinésithérapie), deuxième degré (médecine spécialiste, analyse médicale), et troisième degré (médecine hospitalière et soins de suite et de réadaptation).

Les œuvres médicales minières du premier et du second degré présentent néanmoins des disparités géographiques suivant la nature des prestations offertes. Par exemple, les pharmacies minières, au nombre de 68, sont essentiellement concentrées dans la région

Nord-Pas-de-Calais. Elles connaissent globalement une croissance de leur chiffre d'affaires et de la consommation de produits pharmaceutiques².

Le régime minier dispose, également, d'un potentiel important d'établissements sanitaires et médico-sociaux ouverts aux ressortissants de tous les régimes, dont les capacités ont notablement évolué.

Les médecins du régime ont acquis une expérience dans le traitement et le suivi des pathologies des populations socialement défavorisées et/ou des personnes âgées. La rénovation du réseau de soins de la médecine minière, et son ouverture, semblent devenir un véritable enjeu sanitaire.

1.1.1. Les caractéristiques propres au régime minier

Un certain nombre de médecins sont de la même origine de bassin minier et de la même classe socio économique : parents ou grands-parents mineurs. A la fin 2005, l'effectif de ses ressortissants s'élevait à 228 000, dont plus de 72 % sont répartis dans le Nord et l'Est de la France.

La médecine minière ambulatoire présentait la particularité d'être un réseau de soins sans concurrence, jusqu'à tout récemment, du fait de la patientèle captive. Sauf pour les pharmacies, elle s'est ouverte à la population non minière au 1^{er} juillet 2005.

Ce dispositif est souvent qualifié d'acquis social historique, intouchable. Or, il survit grâce au système de compensation démographique inter-régimes.

Dans les années 90, des tentatives de réforme ont été initiées afin d'adapter les structures sanitaires du régime à la récession démographique de ses affiliés. Malgré des obstacles, des oppositions internes subsistent - compréhensibles compte tenu de l'attachement des affiliés à leur système de santé - et de la méfiance d'une partie des médecins libéraux et le soutien distant des pouvoirs publics.

En effet, l'ouverture des œuvres du régime minier aux bénéficiaires des autres régimes, en contrepartie de l'accès libre à la médecine de ville pour ses ressortissants, semble être la seule chance d'assurer leur pérennité. C'est en tout cas l'objectif ambitieux de la réforme de 2004. Néanmoins la compétition avec le secteur libéral représente un frein.

² En 2006, l'officine du bassin potassique (Haut-Rhin, 68) présente un excédent d'environ 500 000 €

1.1.2. Une médecine de proximité : un véritable atout

Le régime minier se caractérise par une implantation dense via un maillage des zones minières. La médecine ambulatoire minière, notamment grâce à son réseau d'œuvres médicales, trouve sa force dans sa proximité avec la population affiliée résidant dans les quartiers et cités minières, ainsi que dans certaines zones rurales.

Cet atout permet de pallier des carences médicales libérales, répondant intrinsèquement à des orientations en matière d'aménagement du territoire et d'égalité d'accès aux soins des populations.

Les implantations médicales développées par la SSM du Pas de Calais permettent d'illustrer l'importance de cette médecine de proximité. La SSM du Pas de Calais gère un réseau de soins dont plusieurs structures sont déjà ouvertes à l'ensemble de la population. Elles sont composées de 128 cabinets de consultations (ouverts à toute la population le 01 juillet 2005), 8 centres de médecine spécialisée incluant des services de kinésithérapie, 3 laboratoires d'analyses médicales, 14 cabinets dentaires, 8 magasins d'optique, 1 laboratoire de prothèses dentaires, 1 service de pédicurie, 1 service d'ambulances ainsi que de 22 pharmacies (dont l'ouverture n'est qu'unilatérale).

De plus, il apparaît que les secteurs les moins pourvus en offre libérale, sont généralement les quartiers d'habitat social collectif, souvent d'anciens quartiers miniers (en raison du déficit d'image et d'un manque de locaux adaptés et attractifs), et les quartiers de lotissements récents. Les densités médicales et paramédicales y sont très en dessous des moyennes des autres quartiers.

A l'instar du Pas-de-Calais, les œuvres minières de la SSM de Moselle Est disposent d'un maillage territorial pertinent dans les anciens quartiers miniers : Behren cité, Farébersviller, ou dans les zones résidentielles contemporaines : Cité Emile Huchet à Saint Avold, par exemple.

Par ailleurs, le médecin minier, soignant entre 800 et 900 personnes et assurant un nombre important de visites à domicile, se positionne ainsi comme un acteur incontournable.

Toutefois, en raison des difficultés liées à la recomposition de la population minière, il apparaît que le dispositif actuel de composition de l'offre de soins ambulatoire ne peut être maintenu dans son intégralité.

1.1.3. Une réelle réponse aux besoins sanitaires et sociaux de la population

Historiquement, les mineurs constituent une patientèle spécifique, souffrant de pathologies propres à ses conditions de travail (silicose). De plus, les accidents ont causé d'importants traumatismes et par ailleurs la médecine minière a été confrontée très tôt au vieillissement de ses affiliés. De ce fait, la construction de l'offre de soin trouve donc son origine dans la réponse à ces besoins spécifiques. En somme, cette offre de soins s'est adaptée aux besoins des usagers. Ils ont été précurseurs dans le développement d'une organisation sanitaire et sociale pour le maintien à domicile.

De plus, les médecins du régime minier sont les premiers à formaliser la continuité des soins en fin de journée en assurant une astreinte de 18H à 20H. Ils participent également à la permanence de soins.

Progressivement, et grâce à l'absence de relations commerciales, il s'est instauré une plus grande considération du patient envers son médecin. En conséquence, le médecin n'est pas considéré comme un prestataire, mais comme un « médecin de famille ».

La santé est perçue comme un service public non monnayable. La dispense d'avance de frais pour la population minière permet par ailleurs de favoriser un diagnostic précoce permettant la mise en place rapide d'un traitement, voire la réalisation d'exams et analyses même coûteux.

Cette façon d'exercer de la médecine privilégie a fortiori la santé publique, le dépistage et la prévention, mais également la possibilité de travailler en équipe et en coordination de soins.

L'accès aux formations, aux référentiels et aux recommandations en matière de démarche qualité et certification des centres de santé, est facilité pour les professionnels. Les actions « informations formations » ayant trait à des thématiques d'actualité, telles que grippe aviaire, dépistage du diabète, maladies cardiovasculaires ont été initiées.

Aussi, les médecins du régime minier possèdent une grande connaissance empirique du sujet âgé et « polypathologique », ce qui leur permet d'asseoir une certaine légitimité. Leur statut spécial leur permet d'exercer sans contrainte de temps à accorder aux patients.

1.1.4. Des conditions de travail et un mode de rémunération attractifs pour les médecins

Justifiée à l'origine par l'état sanitaire dégradé et les conditions de travail éprouvantes des personnes protégées, l'organisation du réseau de soins fonctionne suivant les principes d'une médecine salariée et attribue le rôle principal au médecin généraliste. C'est lui qui détermine le point d'entrée du patient dans le parcours de soins. Ce statut spécifique le distinguait dans le système de la médecine de ville française.

En outre, le médecin n'est pas isolé, il connaît ses confrères généralistes et spécialistes et travaille au sein d'un centre de santé en binôme médecin/infirmière. Les visites sont facilitées pour le médecin par la préparation des dossiers des patients par l'infirmière et la secrétaire qui connaissent bien la patientèle. La présence de l'infirmière au Centre de santé apporte une qualité à la prise en charge des personnes âgées liée à une réponse immédiate aux besoins de soins (pansements, injections...).

Ainsi, le médecin responsable de la CAN et les médecins rencontrés lors des entretiens semblent unanimes sur leurs conditions de travail. En particulier, ce système est attractif pour les jeunes médecins : les centres de santé sont ouverts de 08H à 18H. Ces horaires sont complétés par une astreinte de 18H-20H par semaine permettent une bonne qualité de vie. De plus, le salariat entraîne une simplification des démarches administratives et des déclarations fiscales et sociales de la gestion de cabinet.

La convention du 1^{er} juillet 1970 est la première véritable convention nationale. Elle confère aux médecins un statut de salarié avec des garanties quant à la liberté d'exercice et une rémunération forfaitaire. La convention collective nationale qui lui succède est signée le 31 mai 1999 entre la Caisse Autonome Nationale et les trois organisations syndicales représentant les médecins généralistes. Elle fonde le mode de rémunération sur le principe de la capitation³ et met en place un mécanisme de préretraite à 56 ans pour les médecins généralistes recrutés à temps plein avant le 26 juin 1996.

³ Le médecin généraliste minier est rémunéré mensuellement par douzième sur la base d'un nombre de patients affectés, pondéré par l'âge et dans la limite de 1200. Et lorsque son effectif est compris entre 600 et 1200, voire inférieur à 600, il bénéficie d'une proratisation visant à compenser la réduction d'effectifs. Cependant, les praticiens ayant des petits effectifs, exercent souvent une activité libérale en plus de leur activité minière. Ce montant était révisable au 1^{er} avril de chaque année sur la base du nombre de patients inscrits sur la liste du médecin du 31 décembre de l'année précédente. Ce mécanisme de proratisation a été conçu pour tenir compte de la baisse du nombre d'affiliés du régime et de la lourdeur de l'exercice médical (prise en charge de maladies chroniques et participation aux gardes), dans un contexte de maintien de l'obligation pour les patients de s'adresser au « médecin minier de secteur ».

La garantie du salariat, du déroulement de carrière, l'évolution annoncée du revenu, les formations nombreuses sans perte de salaire, et l'ARTT sont autant d'éléments qui encouragent la population médicale à exercer dans le cadre minier. L'attractivité d'un tel régime pour les médecins permet un recrutement suffisant pour pallier les départs en retraite possibles dès 56 ans, résultant aussi du statut du régime spécial des mineurs qui ne travaillent pas « au fond ».

L'attachement à la pratique minière que certains médecins revendiquent est décrypté dans les caractéristiques sociologiques de ces médecins. Il est à noter que nombre d'entre eux considèrent leur attachement au service public comme un héritage des valeurs partagées avec « leurs parents ».

Les résistances à la nécessaire adaptation de la convention collective des médecins généralistes au contexte nouveau induit par la réforme du régime témoignent de la difficulté à accepter ce changement qui est vécu comme un bouleversement de la médecine minière. Les craintes et les réticences sont nombreuses, en particulier de la part des médecins qui ont pu trouver dans la médecine minière une prise en charge globale, « hippocratique » et déliée de toute contrainte financière, adossée à un statut salarial permettant une réelle qualité de vie.

1.2 Confrontée à des évolutions et des enjeux nouveaux, la médecine minière doit se réformer

Face aux évolutions démographiques, réglementaires et financières, l'ouverture bilatérale de l'offre de soins conduit à de nouveaux défis qui sont seuls garants de la survie de la médecine minière.

1.2.1 Des évolutions démographiques et financières

1.2.1.1. Les perspectives démographiques

Avec une moyenne d'âge de 76 ans et plus 55% des personnes prises en charge, âgées de plus de 70 ans, la médecine minière est confrontée à une involution démographique inéluctable. On constate une décroissance continue du nombre de bénéficiaires de 5,1 % en assurance maladie par an, avec un taux prévisible d'évolution de – 7% à – 8% à partir de 2008.

Parallèlement, la démographie médicale dans son ensemble (libéraux et salariés) tend à diminuer dans certaines zones géographiques et notamment celles d'implantation de l'offre de soins minière. Pour autant, les remplacements des médecins généralistes miniers partant en retraite ne semblent pas poser de difficulté majeure : les jeunes médecins, femmes en particulier, sont attirés par le statut et les conditions de travail. Toutefois, les remplacements saisonniers pendant les vacances scolaires sont plus difficiles à assurer car ils entrent en concurrence avec les demandes du secteur libéral. Le recrutement de certains médecins spécialistes reste, comme pour l'ensemble du système de soins français, tributaire du nombre restreint de professionnels formés.

Si l'ouverture bilatérale des œuvres a eu pour conséquence un élargissement de l'offre de soins pour la population, cela n'a pas encore fondamentalement modifié la structure démographique des usagers de la médecine minière.

En effet, 97%⁴ en moyenne des affiliés du régime minier ont choisi la médecine minière soit par fidélité envers leur médecin traitant, soit par manque d'offre de soins alternative, soit enfin, par refus de prise en charge de la part de certains libéraux d'une population vieillissante et poly-pathologique. Par ailleurs, l'habitude de gratuité des soins, sans avance de fonds, et l'absence de carte Sesam Vitale⁵ sont des freins supplémentaires à l'accès à la médecine libérale.

Quant à la proportion d'affiliés des autres régimes, prise en charge par la médecine minière, elle reste modeste mais tend à se développer (1 à 2% en 2005 du nombre total des bénéficiaires du régime minier). Dans la pratique, cette nouvelle patientèle est essentiellement orientée par les généralistes libéraux vers les spécialistes des centres de santé miniers, ceci en raison d'une démographie médicale libérale très déficitaire dans certaines régions ou de délais de rendez-vous plus courts. Ce constat concerne en particulier, les spécialités de cardiologie, ophtalmologie, dermatologie et odontologie. Enfin, ces spécialités sont proposées avec une tarification attractive de secteur 1 sans dépassement d'honoraires.

En outre, ces perspectives démographiques défavorables ont conduit à des difficultés financières auxquelles se sont ajoutées des contraintes réglementaires de plus en plus prégnantes.

⁴ Rapport de gestion 2005 du régime minier

⁵ A l'exception des zones non couvertes par l'offre de soins minière

1.2.1.2. Les perspectives réglementaires et financières : la nécessaire réorganisation d'un système

Malgré une activité soutenue, la situation financière des centres de médecine spécialisée pâtit du niveau élevé⁶ des rémunérations des médecins, de l'importance de l'encadrement administratif et technique, et du poids des investissements consentis pour garantir un plateau technique de qualité.

Aussi, le régime minier est aujourd'hui largement déficitaire et compensé à 98% par l'ensemble des autres régimes de protection sociale. Le manque de responsabilisation des différents acteurs dans un système minier, délié des contraintes financières a été constaté par plusieurs organismes de contrôle⁷. Les administrateurs de la Caisse Autonome Nationale ont de fait établi une Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) pour les années 2004 - 2006 signée avec l'Etat. Elle prend en compte les dispositions de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Même si elle ne définit pas des objectifs chiffrés, elle donne les grands axes de la réforme à mener.

L'organisation de l'offre de soins minière, son ouverture bilatérale, la mise à plat des conventions collectives, la séparation de la gestion de la caisse et de l'offre de soins sont autant de pistes d'évolution pour permettre de sauver le régime minier et ses œuvres.

Selon la COG, l'organisation de l'offre de soins doit être à la fois harmonisée et évaluée sur l'ensemble du territoire. Il convient de redéfinir les rôles de chacun pour rationaliser l'offre et la rendre plus efficiente.

La modification de la réglementation⁸ précise les répartitions des responsabilités et donne à la CAN le rôle de « tête de réseau ». La COG a conduit au plan local les 22 entités autonomes (SSM et URSSM) à se restructurer en 7 CARMI depuis avril 2007

⁶ Rapport Cour des Comptes 1997

⁷ Rapport annuel de la Cour de Comptes au Parlement, septembre 1997; Rapport IGAS/ IGF 2002

⁸ Décrets 2004-1172 du 2/11/2004 et 2006-1590 du 12/12/2006

1.2.2 La réelle prise en compte des enjeux nouveaux : un défi pour l'avenir

1.2.2.1. Les enjeux nouveaux

L'ouverture bilatérale nécessite la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé à l'instar du régime général. Ainsi, les évaluations de la qualité du service rendu par la médecine minière, la quantification et la codification des actes, l'évaluation des pratiques médicales et médico-économiques deviennent incontournables. Elles doivent conduire à valoriser et renforcer les actions en cours, en particulier dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes où la médecine minière reste un modèle d'organisation sanitaire et sociale précurseur.

Le patrimoine immobilier du régime qui représente une potentielle réserve financière non négligeable est aujourd'hui une charge dont il faut tenir compte.

La sauvegarde d'une prise en charge en binôme est d'intérêt général dans le cadre d'un maillage territorial déficitaire en offre de soins.

Néanmoins, les priorités de santé publique et la gestion des risques restent des secteurs à couvrir.

Face à ces enjeux nouveaux, la survie de médecine minière dépend de la concrétisation de la réforme générale du régime minier. Sa conception peut être assimilée à «une nouvelle gouvernance».

1.2.2.2. L'appropriation de la réforme : un défi pour l'avenir

La réalisation de la réforme à ce jour reste partielle.

Ce constat mitigé est dû pour partie à l'absence de déclinaison de la COG en Contrats Pluriannuels de Gestion (CPG) entre la CAN et les organismes locaux. L'absence d'objectifs quantifiés et d'indicateurs de suivi semble préjudiciable à la mise en œuvre de cette réforme.

Aussi, la restructuration nécessaire de la médecine minière pour pérenniser une offre de soins originale n'a pas, de fait, été menée à son terme.

La conséquence d'un manque de concertation, d'information sur les objectifs de cette « nouvelle gouvernance » et de communication entre les différents partenaires locaux et nationaux, ont entraîné une appropriation limitée par les acteurs de terrains.

La mise en conformité des centres de santé aurait pu être l'occasion d'une restructuration effective et efficiente de regroupement de l'offre de soins. L'impression d'un manque d'anticipation et de vision à moyen et long terme a entraîné une réorganisation superficielle et marginale. Celle-ci s'est limitée en pratique, à la transposition de l'organisation existante, sans rationalisation dans le nouveau cadre organisationnel prévu par la réforme. Là encore, la communication et l'information semblent avoir été insuffisantes pour une bonne compréhension de la démarche.

Ce manque de communication a exacerbé la résistance au changement dans le cadre d'un système fonctionnant historiquement sur un mode décentralisé et autonome. Ce sont autant de freins à l'harmonisation, à la formalisation des pratiques et au renforcement de l'offre de soins.

Ainsi, il serait souhaitable que tous les professionnels de terrain administratifs et soignants s'approprient la COG en tant qu'outil de gestion pour qu'entre en pratique la réforme de la médecine minière. Car celle-ci ne survivra sur le plan organisationnel et financier qu'à cette condition.

2. PERENNISER LES AVANTAGES DE LA MEDECINE MINIERE : PISTES DE REFLEXION

Deux axes de réflexion sont à privilégier afin de pérenniser les atouts de la médecine minière : d'une part, le volet organisationnel, d'autre part, le plan de financement.

2.1 Sur le plan organisationnel

D'une manière générale, l'ouverture bilatérale entre la médecine minière et la médecine générale doit être recherchée afin :

- de pérenniser l'offre de soins de proximité en l'ouvrant à l'ensemble de la population ;
- de permettre l'accès des affiliés du régime minier aux professionnels de santé libéraux de leur choix tout en étant remboursés à 100% du tarif de responsabilité ;
- de passer de l'obligation de recours à une attractivité fondée sur la qualité ;

- de mettre fin à l'isolement et renforcer des partenariats en ce qui concerne la gestion des oeuvres.

La survivance de l'offre de soins minière implique une refonte des organisations à plusieurs niveaux. Elle concerne en premier lieu les centres de santé, les soins et aides à domicile, les établissements sanitaires et sociaux, les pharmacies. Par ailleurs, la question de l'attractivité des professionnels de santé constitue un axe important pour maintenir une offre de soins de proximité dans certains secteurs sous-médicalisés.

Ces évolutions s'appuient sur une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité des prestations en utilisant les supports et outils informatiques existants (carte Sesam Vitale) ou en cours de développement (DMP) dans le régime général.

Pour y parvenir, des stratégies d'accompagnement sont indispensables afin d'informer, d'expliquer et de convaincre les professionnels de terrain du bien-fondé de ces évolutions.

2.1.1 Du centre de santé vers la maison médicale : une réponse adaptée à l'offre de soins pour une population élargie

La CAN incite au groupement d'oeuvres de type « maison médicale » de manière à permettre la coordination des soins sur une aire géographique, pour une population donnée, en vue d'une gestion équilibrée. Elle a élaboré un cahier des charges adressé depuis 2005 aux SSM afin de réaliser un travail de diagnostic portant sur l'offre de soins actuelle et l'incitation au développement des activités du régime. Reste à en vérifier l'appropriation sur le terrain.

En Moselle Est, des projets de maisons médicales sont à l'étude. Elles incluraient, outre le binôme médecin - infirmière, des assistantes sociales, et permettraient de développer des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Ce projet, après formalisation, mériterait d'être étendu à l'ensemble des groupements d'oeuvres dans le cadre d'une prise en charge globale du patient de type « guichet unique ». Ceci éviterait des déplacements excessifs pour des problèmes administratifs, en particulier pour les patients âgés et peu mobiles. Concrètement, cela se traduirait par le redéploiement des personnels des SSM vers les maisons médicales afin de dégager les soignants des contraintes administratives. Cette mutualisation des moyens permettrait une efficience de la gestion.

On pourrait envisager que les maisons médicales associent à la fois des médecins libéraux et des médecins miniers, des généralistes et des spécialistes, ainsi que des chirurgiens dentistes, des kinésithérapeutes, des pédicures... Cependant, il faut être vigilant et surtout travailler en concertation avec les acteurs de terrain car, par exemple, dans le Haut Rhin, ce type de projet a échoué en raison des différences de pratiques médicales trop importantes.

Ces centres accueilleraient des pédiatres, des sages-femmes et des puéricultrices pour intégrer des centres de protection maternelle et infantile (PMI). Ce concept aurait, de surcroît, l'intérêt de favoriser un recrutement de patients dans une logique intergénérationnelle. Des résultats encourageants ont ainsi été obtenus, en terme d'ouverture à la clientèle libérale, dans le Nord Pas-De-Calais.

Des services, autres que médicaux, pourraient être également implantés dans ces maisons tels que des salons de coiffure, des services postaux...Il serait judicieux que l'implantation de ces structures soit intégrée dans des lieux de vie stratégiques.

Les médecins rencontrés sont favorables à la création de maisons médicales. Pour eux, l'élargissement des horaires de consultation pour répondre à la demande libérale n'est pas une contrainte. D'autant plus que la maison médicale permet de limiter l'isolement professionnel.

Toutefois, les médecins redoutent que certains malades âgés et polypathologiques se retrouvent dépourvus de toute couverture médicale du fait de l'éloignement des maisons médicales et de la désaffection des médecins libéraux pour ce type de patients.

2.1.2 Vers un véritable développement des soins et aides à domicile

Afin d'assurer une prise en charge globale du patient, le développement des soins et des aides à domicile s'impose. Il pourrait s'étendre dans le cadre du partenariat avec les PMI intégrées aux maisons médicales, à la prise en charge des femmes enceintes et des enfants en bas âge, dans le cadre d'actions de prévention.

Ainsi, on peut s'inspirer de l'exemple de la maison médicale de Créhange, en Moselle Est, où les après-midi sont consacrés aux visites à domicile de trois équipes médecins - infirmières qui se sont réparties le territoire semi rural regroupant 45 villages dans un périmètre de 15 Km autour de Créhange. A domicile, l'infirmière effectue des soins à l'exception des actes de nursing à la personne, qui sont réalisés par des paramédicaux libéraux ou les équipes des SSIAD.

Afin de limiter les glissements de tâches de l'infirmière (tâches de secrétariat), il est nécessaire de recentrer leur activité sur leur domaine de compétence. Ainsi, dans le Haut Rhin, la durée de présence des infirmières au cabinet médical a été réduite de deux heures par jour afin libérer du temps supplémentaire à consacrer aux soins, notamment des visites à domicile. La solution du redéploiement du personnel proposée précédemment permettrait de répondre aux besoins manifestes de secrétariat médical. La qualité de l'accueil, faisant partie d'une prise en charge personnalisée du patient, nécessite la présence d'une personne physique.

Il convient également de développer l'activité de réseau (ex : réseau « Vie l'âge » dans le Nord - Pas-De-Calais et « Regeme » en Moselle Est) assurant une prise en charge gériatrique à domicile, préconisée dans le cadre du Plan « grand âge ».

Il serait judicieux de signer des conventions de partenariat pour toutes les actions de prise en charge (conseil général, CPAM, mutuelles...).

2.1.3 L'avenir des établissements sanitaires et sociaux

Le régime minier gère 19 établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux répartis sur l'ensemble du territoire français. Une vaste opération d'humanisation, de construction, de rénovation et d'extension a été initiée par la Caisse autonome des mines dans le cadre de la COG depuis 2003. Couvrant la période 2007-2010 poursuivra ce mouvement d'intégration des établissements du régime minier au sein des SROS, en partenariat étroit avec l'Etat.

D'une manière générale, il paraîtrait souhaitable d'extraire la gestion de ces établissements des CARMI et leur donner une réelle autonomie de gestion, pour disposer d'une plus grande latitude et rapidité de décision. A titre d'exemple, en Moselle Est, l'ARH a arrêté le projet d'un plateau technique unique regroupant les établissements publics et les établissements Privé chargés de Service Public Hospitalier (P.S.P.H.) de Freyming-Merlebach, Forbach, St Avold et Sarreguemines. Le choix de se doter d'un statut associatif permettrait une recomposition du conseil d'administration ainsi qu'une redéfinition des modes de direction. Par ailleurs le développement de coopérations entre la médecine ambulatoire et les établissements sanitaires miniers et hors régime doit être encouragé afin de permettre entre autre, l'accès à des plateaux techniques performants et partagés.

Dans le Pas-de-Calais, les établissements sanitaires sont d'ores et déjà constitués sous une forme associative (AHNAC).

L'avenir des ces établissements passe par leur intégration dans les réseaux, notamment gérontologiques.

2.1.4 L'avenir des pharmacies minières

L'ouverture bilatérale a échoué du fait de la vive opposition des pharmaciens libéraux.

Dans le cadre de la recomposition de l'offre de soins, le positionnement des pharmacies au sein des maisons médicales est stratégique, d'un point de vue organisationnel et financier.

Une réglementation européenne est attendue en vue de la libéralisation de ce secteur. Ceci permettrait, à terme, aux pharmacies minières de résister à la concurrence de l'ensemble des officines.

2.1.5 Valoriser l'attractivité pour les professionnels de santé de la médecine minière

En ce qui concerne les médecins généralistes, le régime minier a la grande particularité d'imposer aux médecins leur lieu d'installation, et notamment dans des régions peu attractives. Il est essentiel d'évaluer les motivations des médecins qui s'établissent dans ces zones afin de pouvoir servir d'exemple aux problématiques similaires du système libéral.

Les principales raisons d'installation dans le régime minier sont :

- l'attractivité du salaire, notamment en début de carrière, et son évolution automatique à l'ancienneté ;
- les avantages du statut de salarié en particulier du fait de la féminisation de la profession ;
- l'absence de frais d'investissement pour l'installation ;
- le temps médical exclusif et la moindre part de tâches administratives comparativement au régime général ;
- l'absence de relations commerciales entre le patient et son médecin minier

Du fait de l'ouverture au régime général et de la négociation de la nouvelle convention, le système minier s'oriente dans le sens de la remise en cause de ces éléments d'attractivité.

S'agissant des médecins spécialistes, dans les zones déficitaires, la valeur technique des médecins miniers notamment en rhumatologie, ophtalmologie, ORL doit être valorisée aux yeux de l'ensemble de la population.

2.1.6 La démarche qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

La démarche qualité initiée par la CAN vise à valoriser l'expérience professionnelle, les compétences, les savoir-faire des équipes des centres de santé. Partager les bonnes pratiques peut constituer une opportunité de travailler mieux et plus efficacement. L'autoévaluation représente un levier d'analyse et d'amélioration des pratiques en dehors de la seule logique de contrôle.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'évaluation, la COG 2004-2006 avait prévu de former 10% des effectifs soit 25 à 30 médecins généralistes pour évaluer les pratiques de leurs confrères. Des médecins ont été formés par la Haute Autorité de Santé (HAS) à ces EPP. Aujourd'hui, un des freins à cette démarche est que les évaluateurs seraient « juge et partie ». Toutefois, le même argument est opposable au régime général. Si l'évaluation pouvait être mise en œuvre dans les meilleurs délais, la médecine minière serait un modèle en la matière.

2.1.7 L'ouverture à la population : améliorer l'image de la médecine minière dans l'opinion publique

L'absence de communication sur l'ouverture bilatérale de la médecine minière, toute publicité étant prohibée par le code de déontologie médicale, a limité le nombre de nouveaux patients.

D'une manière générale, la grande majorité des affiliés miniers ont confirmé leur choix de la médecine minière à l'occasion de la désignation du médecin traitant⁹. Toutefois, sur le bassin potassique du Haut Rhin, l'ouverture bilatérale, déjà mise en œuvre en 1993, s'est

⁹ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

traduite par une fuite vers la médecine libérale de 40% des affiliés, notamment en raison de la fermeture d'oeuvres minières de proximité et d'une offre de soins libérale suffisante. De plus, la dispersion géographique des structures minières restantes a conduit les patients à privilégier un cabinet libéral plus proche.

Avec la baisse inéluctable des affiliés (5% de décès par an), il convient de compenser celle-ci par une ouverture à la patientèle libérale en valorisant l'image de la médecine minière. Elle pourrait s'envisager, par l'intermédiaire des médias, à travers des reportages (journal de la santé, éditions et presse régionales, réseau mutuelle...) notamment sur l'installation des maisons médicales dans le contexte d'une politique nationale de revitalisation des services de proximité dans des zones défavorisées.

2.1.8 Extension du dossier médical personnel (DMP)

L'ouverture du régime minier est intimement liée à l'extension du DMP qui permet l'accès de l'ensemble des professionnels au dossier du patient. Les dossiers du patient sont encore sur support papier actuellement.

Une expérimentation de DMP est en cours dans le Pas de Calais dont les résultats sont en attente.

Avec le DMP, l'utilisation de la carte Vitale s'avère indispensable. Or, si certaines expérimentations sont encourageantes, du chemin reste encore à parcourir afin de convaincre l'ensemble des affiliés d'utiliser systématiquement ce nouveau support.

Le DMP et la carte Vitale, s'ils sont considérés comme un facteur de progrès pour les assurés du régime général, le seront tout autant pour les assurés du régime minier. Ils peuvent même constituer un facteur de décloisonnement entre les systèmes.

2.1.9 Les rôles entre assureur et offreur de soins, assumés à ce jour par le seul régime minier, doivent être clarifiés.

L'idée d'une séparation des rôles entre assureur et offreur de soins a déjà été avancée par la Cour des Comptes en 1997. La COG 2004-2006 a été élaborée dans ce sens et suivi d'une réorganisation qui mériterait d'être menée à son terme.

Il serait envisageable que les 7 CARMI fusionnent en 3 caisses interrégionales : Nord, Est et reste du territoire.

L'ouverture bilatérale, la restructuration de l'organisation, la mutualisation des moyens dans le respect de la proximité et la prise en compte des zones défavorisées, ainsi qu'une cotation exhaustive des actes sont des éléments incontournables pour l'amélioration de la structure financière du régime minier.

2.2 Sur le plan financier

Dans le contexte de l'ouverture bilatérale et de sa mise en concurrence avec la médecine libérale, la médecine minière ne peut perdurer que si elle s'équilibre financièrement.

Dès lors, toutes les sources de financement doivent être mobilisées par les centres de santé. Parallèlement, la pérennisation de système minier passe par meilleure valorisation de l'activité et une politique salariale renouvelée.

2.2.1 Les différentes sources de financement doivent être mieux mobilisées par les centres de santé.

Actuellement, les centres de santé peuvent prétendre à plusieurs types de financement. Mais ces financements sont inégalement sollicités par ces structures.

Il existe deux principales catégories de financement :

- Financement interne au régime minier

Le décret n° 2004-1172 du 2 novembre 2004 modifiant le décret du 26 novembre 1946 instaure un Fonds National et des Fonds Régionaux de Modernisation des Oeuvres qui permettent le financement des investissements nécessaires à l'agrément des centres de santé ou à la constitution de réseaux de soins dans le ressort des caisses régionales.

En outre, les centres de santé miniers qui développeront des programmes de prévention, de dépistage et de promotion de la santé, pourront percevoir une participation du Fonds National et des Fonds Régionaux de Prévention et de Promotion de la Santé. Cette participation, qui constitue une ressource nouvelle, doit être pleinement utilisée.

- Financement externe au régime minier

L'accord national des centres de santé du 19 novembre 2002, auquel les centres de santé miniers ont adhéré, prévoit un certain nombre d'avantages.

L'article L 162-32 du code de la sécurité sociale prévoit que les C.P.A.M. versent aux centres de santé une subvention égale à une partie (11,5 %) des cotisations sociales employeur pour les médecins et auxiliaires médicaux qu'ils emploient.

De même, il est possible pour les centres de santé d'opter pour la coordination des soins prévus dans l'accord (option conventionnelle). Dans ce cas, ils peuvent prétendre à une rémunération forfaitaire annuelle par patient adhérent de 46 euros. Cette coordination concerne également les centres de santé infirmiers (de 7 622 euros à 19 391 euros selon le nombre de professionnels employés) et les soins dentaires (forfait initial de 50 euros et de 30 euros pour le suivi annuel).

La formalisation de l'organisation sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées affiliées au régime minier en réseaux de santé et l'ouverture de ces réseaux à l'ensemble de la population, permettront de solliciter les Fonds d'Intervention à la Qualité et la Coordination des Soins¹⁰ gérés par la Mission Régionale de Santé. De plus, cette démarche de pérennisation des réseaux s'inscrit dans la promotion de la gestion du risque préconisée par la CNAM.

Une prime pour l'informatisation est versée dans le cadre de la promotion de la télétransmission.

Il existe également une indemnité compensatrice pour perte de ressources au titre de la formation professionnelle continue. Cette indemnité est versée par la CPAM aux centres de santé qui en font la demande.

En outre, les centres de santé pourraient mettre à disposition des autres acteurs de santé de leur territoire, moyennant rémunération, certaines de leurs installations (plateaux techniques) et leur savoir faire.

2.2.2 La pérennisation du système minier passe par une meilleure valorisation de l'activité et une politique salariale renouvelée

- La valorisation de l'activité par la cotation des actes

¹⁰ Art 94 de la LFSS 2007, remplacent le FASCQ et la DRDR

La problématique financière posée aux centres de santé réside en particulier dans le décalage existant entre, d'une part, les actes réalisés par le médecin et l'infirmière et d'autre part, leurs cotations au titre de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Cet écart aboutit, faute de quantification précise, à ne pas valoriser une partie du temps et de l'accompagnement soignants. Or, l'ouverture bilatérale, qui a placé les centres de santé miniers dans une situation de concurrence directe avec les praticiens libéraux, oblige à un codage exhaustif des actes pratiqués dans un objectif d'équilibre financier.

Cette cotation porte en creux une démarche d'évaluation à la fois économique et qualitative des centres de santé dans un souci d'utilisation optimale des fonds alloués. A terme, elle devrait aboutir à une réallocation des moyens, voire à la fermeture des structures qui ne sont pas économiquement viables et qui ne répondent pas à un véritable besoin de santé publique.

Le décret du 13 décembre 2000 prévoit que les centres de santé établissent annuellement un rapport d'activité intégrant notamment les actes effectués l'année précédente.

- La rénovation de la politique de rémunération

L'ouverture bilatérale, qui s'accompagne de la liberté de choix du patient et de la concurrence potentielle entre praticiens, ainsi que l'introduction de la notion d'équilibre financier, rend nécessaire la redéfinition du mode de rémunération des praticiens tout en préservant la spécificité de la médecine minière.

La rémunération des médecins généralistes miniers, découlant de la convention collective de 1999, combine deux éléments : un salaire fixe variant en fonction de l'ancienneté et un mécanisme de capitation. Ainsi, le médecin minier est rémunéré mensuellement sur la base d'un nombre de patients pondéré par l'âge. En outre, une proratisation a été instaurée : lorsque la patientèle est inférieure à 1 200, le salaire du médecin est minoré.

Ce mode de rémunération forfaitaire du médecin présente un certain nombre d'avantages : système non inflationniste en terme de nombre de consultations ou d'actes, système sécurisant pour le médecin permettant une prise en charge globale de ses patients. Il comporte cependant des inconvénients : risque d'adressage injustifié des

patients vers des spécialistes, tendance des médecins à adopter un comportement sous-optimal du point de vue de la qualité des soins.

La convention collective de 1999 a été dénoncée par le conseil d'administration de la C.A.N. En l'absence d'un nouvel accord, elle prendra fin le 4 août 2007.

Ce contexte rend possible une évolution de la politique de rémunération des médecins miniers. Toutefois, l'attachement de la majorité d'entre eux au salariat, considéré comme un fondement de la médecine minière, génère des résistances.

Bien qu'il n'existe aucun mode de rémunération idéal, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées. Si le passage du salariat au paiement à l'acte apparaît exclu, l'intégration d'incitations financières dans les composantes de la rémunération s'impose néanmoins pour la pérennisation du système.

Les incitations financières pourraient notamment prendre en compte :

- l'intégration de paramètres liés à la prise en charge de populations particulières (population âgée, population défavorisée) et/ou de pathologies lourdes.
- une prime d'encouragement au développement d'actions de santé publique et de promotion et d'éducation à la santé.
- une incitation financière visant au renforcement de la qualité, la sécurité et de l'évaluation des pratiques professionnelles.
- une part variable qui serait fonction du nombre de patients ayant choisi un médecin minier comme médecin traitant.
- un intéressement du médecin minier à capter de nouveaux patients hors régime.

Conclusion

La médecine minière est un « prototype » et un modèle en terme d'organisation de l'offre de soins ambulatoires pour la prise en charge des personnes âgées. Les contraintes financières liées au vieillissement des affiliés et à la disparition des cotisants du régime minier remettent en cause la pérennité de ses œuvres. Des réformes ont été engagées en terme d'organisation, de financement et de restructuration. Elles passent, entre autre, par l'évaluation de la qualité du service rendu, la rationalisation de la gestion, la mutualisation des moyens et l'ouverture bilatérale.

La médecine minière, héritière d'une organisation et d'un savoir faire, doit aujourd'hui s'adapter pour survivre. Il lui faut à la fois conserver ce qui a fait sa force, intégrer les nouveaux enjeux et s'approprier les outils de gestion que sont les COG, devenus incontournables.

Ses faiblesses sont liées à l'histoire d'une médecine minière qui s'est organisée autour des sites d'exploitation, générant des pratiques locales et cloisonnées, qu'il est vital aujourd'hui d'harmoniser autour de référentiels nationaux.

Ses atouts sont un personnel motivé et attaché aux valeurs de solidarité et d'intérêt général ainsi que sa capacité à l'innovation et l'expérimentation au sein d'une organisation à taille humaine.

Pour négocier cette mutation en profondeur qui révolutionne sa culture, le régime doit mobiliser les capacités d'adaptation dont il a fait preuve au fil des siècles.

Cette évolution ne peut être envisagée que dans le cadre d'une démarche participative, en concertation avec tous les acteurs. Elle implique un plan de communication permettant un décroisement et une meilleure compréhension par tous d'une réforme dont la perception au plan local semble en décalage avec les objectifs recherchés.

La profonde transformation de son environnement a contraint la médecine minière à devenir, pour assurer sa survie, une forme de « laboratoire d'expérimentation » d'une offre de soins intégrée originale. Les éléments positifs de réseau de soins et de maillage territorial, dégagés par l'analyse, autorisent à penser que cette expérimentation pourrait l'amener au rang de modèle de notre système de Santé Publique.

C'est en relevant ce défi que la médecine minière sera un exemple à suivre.

Bibliographie

- « *Droit de la sécurité sociale* », J.J. Dupeyroux, M. Borgetto, R. Lafore, R. Ruellan, Précis DALLOZ Paris, Octobre 2005.
- « *Vers une réconciliation de la politique de santé* », R. Ruellan, Droit social, n° 4, p. 410, avril 2005.
- « *Revenus des médecins libéraux* », N. Legendre, Etudes et résultats DRESS, n° 526, mars 2006.
- « *Régimes spéciaux de la Sécurité Sociale* », T. Tauran, Que Sais-je, éditions PUF, Paris, 2000.
- « *Sécurité Sociale* », J.J. Dupeyroux, X. Pretot, éditions Siret, Paris, 2000.
- « *Modes de rémunération des médecins, modes d'organisation : quel impact ? Expérience d'un régime spécial de Sécurité Sociale* », N. Ennecirit, mémoire de Master, Institut d'Etudes Politiques, Paris, Novembre 2006.
- « *Les habits neufs d'Hippocrate* », C. Le Pen, éditions Calmann-Levy, Paris, 1998.
- « *Les régimes de Sécurité Sociale* », G. Hutteau, 3^e Edition, Dalloz, p. 17, Paris, 2001.
- « *Le projet de Plan National d'Orientation en matière de prévision et de promotion de la santé du régime minier* », CAN.
- « *Plan stratégique de recomposition de l'offre de soins ambulatoires* », Société de secours minière de Moselle-Est, Janvier 2006.
- « *Dénombrement de l'activité administrative infirmière dans les consultations médicales* », Société de secours minière de Moselle-Est, Janvier 2006.
- « *Régime minier, statistiques 2005* », Caisse Autonome Minière, Rapport d'activité Paris, 2005.
- « *Vers une offre de soins adaptée à tous* », C. Rollet & co, in Ensemble journal du régime minier, n° 13, Paris, Mars 2007.
- « *Convention d'objectifs et de gestion (2004-2006), entre la Caisse Autonome Nationale et la Sécurité Sociale dans les mines et l'Etat* ».
- « *Histoire et actualité du régime minier* », C. Rollet, Directeur général CAN.
- *Délibération du Conseil d'Administration de la CAN*, 17 décembre 2003.
- « *L'offre sanitaire et sociale du régime minier : perspectives* » J.L. Hourtoule, Médecin Conseil National.
- « *Guide de l'ouverture des œuvres* » 23 février 2005.
- « *Cahier des charge du plan stratégique de recomposition de l'offre de soins ambulatoires* » (plan et introduction).

Textes officiels

- Décret 2004-1172 du 2 novembre 2004 modifiant le décret n° 46-764 du 27 novembre 1946 portant organisation de la sécurité sociale dans les mines.
- Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie (JO n° - 93- 19 avril 2003 – p 7080 à 7111).
- Rapport annuel de la Cour de Comptes au Parlement, septembre 1997.
- Rapport IGAS/ IGF 2002.
- Décrets 2006-1590 du 12/12/2006.
- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- Code de la sécurité sociale, éditions Dalloz.
- L'accord national des centres de santé du 19 novembre 2002.